西暦　　　　年　　月　　日

リモートSDVシステム利用申請書

琉球大学病院　病院長　殿

利用機関

（名称）

（利用管理責任者）

リモートSDVシステムの利用について、以下のとおり申請いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 申請事項 | □利用開始利用機関における年1回以上の情報セキュリティ研修実施　□有 □無□利用停止□利用管理責任者の変更 |
| 利用管理責任者 | 氏名： |
| 所属： |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　　FAX: |
| Email： |

西暦　　　　年　　月　　日

リモートSDVシステム利用許可書

利用機関

（名称）

（利用管理責任者）　殿

上記の申請について許可いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　琉球大学病院　病院長